nneret

ancer du foie

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

à mon excellent confrère et ami
Monneret

DU

CANCER DU FOIE,

Par le Dr MONNERET,
Médecin de l'hôpital Necker,
Agrégé honoraire de la Faculté de Médecine de Paris.

Extrait des Archives générales de Médecine,
numéro de mai 1855 et suivants.

PARIS.
RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1855

DU

CANCER DU FOIE.

Les auteurs recommandables qui ont décrit le cancer du foie se sont attachés à en faire connaître les lésions anatomiques plutôt que les symptômes, la marche et les caractères différentiels; aussi trouve-t-on à grand'peine, dans les pages consacrées à la description de cette maladie, les éléments d'un diagnostic souvent très-difficile On verra cependant que les symptômes offrent des particularités qui peuvent conduire assez sûrement à reconnaître la nature, le siége du mal, et les lésions nombreuses dont il s'accompagne ordinairement.

Le cancer du foie n'est ni aussi rare ni aussi fréquent qu'on l'a dit. Je n'en ai recueilli, pour ma part, que quatorze observations complètes et suivies de nécropsie. Dans six autres cas, la preuve anatomique m'a manqué; mais les symptômes ont été si manifestes, que je n'ai pu conserver le moindre doute sur la nature de l'affection hépatique. Ce nombre de cas ne paraîtra restreint qu'à ceux qui n'ont pas compulsé les monographies dont cette maladie a été le sujet. Les travaux de MM. Andral, Cruveilhier, Heyfelder, Le-

bert, se composent chacun d'un nombre de faits particuliers infé rieur à celui qui sert de base à ce mémoire.

Anatomie pathologique. — Qu'entend-on par cancer du foie Cette question, très-embarrassante, n'étonnera que ceux qui s contentent d'un examen superficiel et qui appellent cancer tout lésion qui y ressemble par ses caractères extérieurs. J'ai la convic tion qu'on a décrit sous ce nom des produits morbides qui en dif fèrent sensiblement. Cette erreur tient à ce qu'on n'a pas examin toujours avec le microscope les lésions réputées cancéreuses, o à ce que l'histoire clinique de la maladie n'a pas toujours ét recueillie par la même main qui en explorait les désordres cadav riques. Il ne faut pas se dissimuler toutes les difficultés qui s rattachent à la détermination du cancer du foie. Si l'on ne veu donner ce nom qu'aux produits morbides dans lesquels on trouv la cellule complète, les noyaux ou le tissu fibroplastique, on él minera du nombre des cancers des lésions qui donnent lieu à d symptômes identiques à ceux que provoque le véritable cancer; e sorte que l'on se trouve placé dans l'alternative ou de trop res treindre la maladie ou de lui donner un sens trop étendu. Qu'o remarque bien qu'en pareille circonstance, on ne peut plus fai intervenir, comme caractère de la maladie, les symptômes, marche ou les signes du cancer. On a déjà beaucoup de pei à reconnaître le cancer externe à l'aide de cet ensemble de ph nomènes; à plus forte raison, lorsque le mal siége dans organe tel que le foie. Là, plus que partout ailleurs, l'interve tion de l'étude microscopique est indispensable, quoiqu'elle me p raisse insuffisante pour caractériser la maladie dans un gra nombre de cas. En effet, j'ai examiné avec cet instrument un ass grand nombre de cancers hépatiques, j'ai vu la cellule manqu dans presque la moitié des cas; le plus ordinairement, elle ét remplacée par des noyaux très-distincts, mêlés à une grande qua tité de granules de graisse. Enfin, dans un très-petit nombre cas, les cellules, les noyaux et le tissu fibroplastique, faisaie entièrement défaut, quoique les caractères extérieurs de la tume fussent ceux que l'on assigne ordinairement au cancer. C'est ce q est arrivé dans trois cancers constitués par une matière blanch diffluente, miscible à l'eau qu'elle émulsionnait. Les parties ram

ics, semblables en tout à la lésion qu'on est habitué à considérer omme le squirrhe, ne contenaient ni cellules ni noyaux ; il en était le même des portions dures et encore consistantes de la tumeur. Je n'ai pu retrouver le moindre vestige des éléments histologiques du ancer dans un fongus hématode, ni dans une mélanose lobulaire u tissu hépatique que je décrirai plus loin. Il faut donc se mon-rer rigoureux sur le choix des faits qui peuvent servir de maté-iaux pour composer l'histoire du cancer du foie et ne considérer omme tels que les affections qui présentent de la manière la plus évi-ente l'élément cellulaire ou le noyau caractéristique; j'avouerai outefois qu'en soumettant à cette loi impérieuse les faits que j'ai bservés, je me suis vu contraint de cesser de regarder comme ancéreuses des maladies du foie qui en ont offert tous les symp-ômes et qui passent encore pour telles, quand on n'exige pas la ondition microscopique *sine qua non* dont j'ai parlé précédem-ent. La discussion qui s'est élevée à ce sujet, au sein de l'Académie e médecine (1854), prouve combien il est difficile de décider une areille question.

J'ai étudié dans presque tous les cas la cellule hépatique, pour oir si elle subit une altération appréciable, je n'ai pu en surprendre ucune; tantôt elle reste avec ses granulations et sa transparence turelles, tantôt elle s'infiltre de graisse ou de matière colorante une. Le cancer ne fait évidemment qu'écarter, comprimer la cel-le, les vaisseaux sanguins, les conduits biliaires, et les autres élé-ents du foie.

On reconnaît assez généralement dans le cancer hépatique la rme encéphaloïde et la squirrheuse. Cette distinction ne repose que r une comparaison encore plus inexacte pour le foie que pour les tres organes. En effet, rien ne ressemble moins à du tissu encé-haloïde, soit cru, soit ramolli, que certaines tumeurs charnues un rouge noirâtre, entrecoupées de zones, de stries blanchâtres, de sang épanché ou infiltré. J'en dirai autant des tumeurs for-ées par le détritus d'une matière blanche, comme du plâtre dé-yé, et qui ne renferme que de la matière grasse et de la bile épan-ée. En les appelant squirrhe ramolli, on me paraît alors abuser cette expression, qui manque tout à fait de rigueur. Quoi qu'il soit, les masses cancéreuses colorées en rouge sont plus com-unes que celles qui offrent une disposition en stries ou rayons

blanchâtres ; je n'ai rencontré le cancer qu'à l'état de masse et non d'infiltration. Dans un cas cependant, tout le foie était parsemé de granulations qui ne dépassaient pas le volume d'un grain de semoule, et en même temps de nombreuses masses de la grosseur d'une lentille, dans lesquelles le microscope a montré des cellules et des noyaux.

Les lésions sur lesquelles je m'arrêterai plus spécialement sont celles qui accompagnent le cancer ; leur fréquence est telle, qu'on peut dire que le cancer est la moindre des altérations hépatiques. On trouve presque toujours un ou plusieurs des éléments du foie altérés à différents degrés. Il importe de mettre en relief ces désordres, qui peuvent rendre compte des symptômes observés pendant la vie et de la marche de l'affection.

On constate : 1° *différents degrés d'hyperémie et d'anémie* 2° très-rarement l'*inflammation*, 3° des *hémorrhagies*, 4° la *dégénérescence graisseuse*, 5° la *cirrhose*, 6° la *maladie de la capsule de Glisson.*

A. *Hyperémie et anémie.* Pour bien juger la véritable nature des altérations hépatiques et reconnaître si les rougeurs qu'on rencontre sont le résultat de la congestion mécanique, cadavérique ou inflammatoire, j'ai l'habitude de laver le foie. Cette opération consiste à faire passer un courant d'eau continu pendant vingt quarante minutes et plus par la veine porte, après qu'on a examiné et noté soigneusement la couleur et les altérations diverses qui se présentent à la surface du foie. Cet organe se décolore, se dépouille de tout son sang avec une promptitude très-grande, quand il n'est le siége d'aucune hémorrhagie, d'aucune inflammation. En soumettant l'organe affecté de cancer à ce lavage, on voit disparaître entièrement les rougeurs générales et partielles qui dépendent de la congestion simple, celle qui entoure les tumeurs cancéreuses ; d'autres également partielles, et qui semblent précéder la formation organique, persistent même après l'injection d'une grande quantité d'eau.

L'hyperémie se montre souvent à la surface du foie, sur les tumeurs cancéreuses sous forme d'arborisations ou de stries rayonnées élégantes, qui tiennent à la présence de vaisseaux en grande partie artériels, qui ont leur siége ou dans le péritoine ou plus souvent en

ore dans la capsule de Glisson, ainsi que je m'en suis assuré plu-
ieurs fois.

J'ai rencontré des hyperémies partielles dans des points où il
'existait pas de dépôt cancéreux : là le tissu hépatique, d'un
ouge foncé, laissait apercevoir aisément ses deux substances : la
aune était plus ordinairement d'un rouge marqué, ce qui la faisait
essembler à la portion rouge ambiante. Le passage de l'eau dimi-
uait parfois l'intensité de la couleur rouge, mais ne l'enlevait
oint. Je considère cette épreuve comme décisive et propre à dé-
montrer qu'un travail d'hyperémie phlegmasique s'est établi dans
e point. Dans les congestions les plus fortes et les plus générales,
e suis toujours parvenu à décolorer le tissu fortement rougi dans
es deux substances, et si parfois, au milieu de cette hyperémie,
oit mécanique, soit cadavérique, il existait quelque portion du
oie enflammée, elle conservait sa rougeur propre ; celle-ci devenait
même plus évidente encore, à cause de la décoloration des tissus
nvironnants. Rien n'est plus facile que d'opérer ainsi dans les am-
hithéâtres des hôpitaux, où l'on dispose d'un courant d'eau que
'on dirige par la veine porte à travers le foie. Une injection avec
ne matière colorante serait loin d'offrir les mêmes avantages,
orsqu'il s'agit de déterminer la nature, le degré et le siége des
ougeurs par congestion sanguine.

On peut aussi, par ce moyen, constater la déchirure des vais-
eaux soit au milieu des masses cancéreuses ramollies, soit ailleurs,
t le degré de perméabilité plus ou moins grande du système de
a veine porte ou des veines hépatiques ; j'ai aperçu de cette ma-
ière la dilatation variqueuse de quelques rameaux de la veine
orte. Du reste, cette lésion est aussi très-commune dans les affec-
ions du foie autres que le cancer.

J'ai vu souvent des tumeurs cancéreuses entourer les principales
ranches de la veine porte à son origine, lui former une espèce de
anal extérieur, sans que la veine fût pour cela comprimée ou en-
lammée. Dans des cas semblables, il est plus facile d'imaginer que
e démontrer l'existence de la gêne extrême de la circulation hé-
patique. J'ai souvent vu avec surprise l'eau couler librement par la
eine porte, que je supposais parcourue très-difficilement pendant
a vie par le fluide sanguin. Par contre, j'ai découvert des ob-

structions dans des points où je ne les aurais pas soupçonnées san l'injection ; elles sont beaucoup plus rares que l'état opposé. L veine porte m'a offert de fréquentes dilatations partielles.

Anémie. Les auteurs n'indiquent pas le moyen de distingue l'anémie de la dégénérescence jaunâtre, et en effet, il est souven difficile de se prononcer sur les lésions que présentent les carac tères extérieurs de ces deux maladies. L'anémie provoquée par l lavage du foie à grande eau offre le type de cette altération, e l'on fera bien de se familiariser avec elle, si l'on veut être sûr d la reconnaître partout où elle se présente. Je l'ai vue générale dan un cas (obs. 3). Le foie, qui pesait 5 kilogr., était envahi par de cancers si nombreux et d'un tel volume, que le peu de tissu hépa tique interposé entre eux était devenu exsangue, d'une couleu grise cendrée; les deux substances étaient confondues en une seul qui avait la consistance normale et ne laissait écouler aucune quan tité de sang. Tels sont, en effet, les caractères de l'anémie hép tique. Le microscope ne laisse apercevoir aucune lésion appréciab dans la cellule. L'anémie partielle est beaucoup plus fréquente, et s montre sous forme de plaques plus ou moins étendues, irrégulière d'un jaune grisâtre, d'intensité variable; la substance rouge perd couleur et se confond avec la jaune, dont elle prend tout à fait teinte, en sorte qu'il devient difficile de les distinguer l'une de l'autr

2° *Inflammation.* Les congestions phlegmasiques sont beaucou plus rares, même autour des masses cancéreuses, qu'on serait ten de le supposer. J'ai été témoin de plusieurs cas de cancer dont parlerai plus loin, et dont la marche a été suraiguë et accomp gnée d'une fièvre continue exacerbante. On aurait pu croire q des hyperémies se seraient développées autour des produits mo bides ramollis; il n'en était rien; point de suppuration ni de r mollissement du tissu hépatique; des congestions partielles, d hémorrhagies interstitielles, voilà tout ce que l'on rencontre da le foie profondément désorganisé. Cependant certaines rougeu partielles, tantôt brunâtres, tantôt d'une teinte assez claire, occ pant les deux substances, la rouge particulièrement, et résista au lavage à grande eau, me paraissent appartenir à des hépati

commençantes; ce cas est rare. Il en est des cancers du foie comme les tubercules pulmonaires, on voit le plus souvent autour d'eux e tissu pulmonaire conserver toute son intégrité; le tissu hépaique se trouve dans les mêmes conditions.

3° *Hémorrhagies.* La forme la plus commune consiste dans des laques, en général peu étendues, d'apoplexie du tissu hépatique. es points occupés par cette lésion sont d'un rouge-brun. Tantôt es stries, des sortes de circonvolutions noirâtres, se dessinent au ilieu de la substance rouge principalement affectée, tantôt des laques noirâtres, de dimension variable, qui comprennent les eux substances. Rien ne peut enlever le sang ainsi combiné avec tissu glandulaire, dont la consistance est accrue.

L'épanchement sanguin au milieu des tumeurs cancéreuses ramollies a été trop souvent mentionné par tous les auteurs pour ue je m'y arrête. J'ai observé un cas dans lequel un cancer encéhaloïde du volume du poing avait envahi le lobe gauche en totalité et avait fini par s'ouvrir à la partie supérieure et convexe de lobe. La mort a été instantanée, par suite d'un épanchement nguin considérable qui s'était effectué en partie dans l'abdomen, partie dans une poche cancéreuse creusée aux dépens des masses anglionnaires rétropéritonéales. Le cancer avait fait irruption ssi dans les veines mésentériques.

Un autre cas plus curieux d'hémorrhagie à foyer multiple, et l'on aurait pu prendre pour un fongus hématode, s'est présenté mon observation (obs. 6). Un homme âgé de 41 ans, malade deuis six semaines au plus, offre, à son entrée à l'hôpital Necker 17 juillet 1854), tous les signes d'une maladie cancéreuse des anglions du mésentère, et de ceux qui entourent le pancréas, le ylore et le duodénum. On trouve, en effet, dans ces points un freux cancer encéphaloïde en détritus; la même matière dans le be droit du foie; dans le lobe gauche, huit à dix tumeurs, dont uelques-unes du volume d'un œuf, charnues et infiltrées par un ng noir, épais, qui s'en écoule par la pression. A l'aide du lage, on les décolore un peu, et alors elles ressemblent à des asses fibrineuses fermes et résistantes; elles sont toutes assez réulièrement arrondies, rougeâtres, placées à nu dans le parenyme du foie, dont le tissu sain n'a fait que s'écarter et se con-

denser un peu pour les recevoir. On les énuclée facilement avec les doigts, et l'on peut s'assurer ainsi que le foie n'a subi aucune espèce d'altération. Ces tumeurs, rougeâtres, semblables à du tissu érectile, n'étaient composées que de fibrine que l'on parvenait à obtenir pure, décolorée, avec ses formes caractéristiques, en la lavant avec un filet d'eau. L'examen microscopique ne m'a laissé apercevoir que de la fibrine sous forme fibrillaire feutrée et entrecroisée, telle que je l'ai décrite dans mon mémoire. Je n'ai trouvé dans les points occupés par l'hémorrhagie aucune trace de cancer, ailleurs il existait des noyaux et des cellules fusiformes. Quelque soin que j'aie mis à rechercher les éléments propres du cancer au milieu de ces caillots sanguins, je n'ai pu parvenir à les y retrouver. Je ne veux pas en nier l'existence d'une manière absolue ; mais je suis porté à croire que, s'il s'en est déposé une petite quantité au milieu du foie, cette formation n'a pas été la cause de l'hémorrhagie considérable dont l'autopsie a montré le reliquat. Jamais le caillot sanguin n'aurait pu subir la dégénérescence cancéreuse ; nous sommes loin du temps où l'on soutenait que telle pouvait être l'origine des produits hétérologues et homologues.

Il est impossible de confondre cette lésion avec le cancer qu'on a appelé hématode. Il n'existait aucun lien vasculaire entre la masse rougeâtre fibrineuse et le tissu ambiant, et d'ailleurs la partie liquide du sang était retenue dans les mailles d'une fibrine qui ne ressemblait en rien à des vaisseaux.

4° *Dégénérescence graisseuse.* J'ai trouvé cette altération générale une seule fois et quatre fois partielle. Dans le premier cas, la décoloration du foie n'était pas complète, ni au même degré partout. On aurait pu croire, au premier abord, que l'organe était simplement cirrhosé, mais les caractères extérieurs et microscopiques ne laissaient pas de doute sur la transformation graisseuse. En effet, le tissu altéré de la sorte, soit en partie, soit en totalité, offre une couleur jaunâtre, feuille morte, assez semblable à celle des muscles qui s'atrophient. Ce qui fait reconnaître principalement cette lésion, c'est la mollesse extrême des parties dégénérées, qui cèdent facilement sous le doigt, s'affaissent sans laisser couler du sang, et donnent seulement une sérosité onctueuse, dans laquelle le microscope et les réactifs montrent une quantité énorme de graisse

quide. On trouve aussi que la cellule hépatique est pleine de glo-
ules et de granules de graisse, qui empêchent d'apercevoir le
oyau, ordinairement si distinct, de la cellule.

Je suis porté à rapprocher de la lésion précédente, c'est-à-dire à
nsidérer comme un effet de la dégénérescence graisseuse par-
elle, le travail morbide que subissent certaines tumeurs réputées
ncéreuses. Celles qui ne m'ont présenté que de la matière grasse,
e la cholestérine et de la substance colorante jaune, étaient for-
ées par une matière blanchâtre, molle, grasse au toucher, non
sculaire, se délayant facilement dans l'eau, sans s'y dissoudre,
donnant par l'éther une très-grande proportion de graisse. J'ai
u, dans deux cas, toutes les tumeurs cancéreuses ainsi constituées,
uelques noyaux fort douteux, nulle part de cellules ni de tissu
oro-plastique.

5° *Cirrhose.* La coexistence de cette altération avec le cancer est
sez rare, et dans les cas où elle se manifeste en même temps que
scite, on peut se demander si elle ne contribue pas plus à la
oduction de l'hydropisie que la compression exercée sur les vais-
aux par la tumeur organique. J'ai rencontré la cirrhose avec ou
ns lésion de la capsule de Glisson. Quand cette membrane est
fectée, on découvre sur la face convexe et concave du foie, prin-
palement sur la première, des plaques blanchâtres ou des lignes for-
ant des cloisons résistantes, un peu déprimées, qui font paraître
tissu hépatique bosselé, comme dans certaine forme de cirrhose.

6° La *capsule propre du foie* peut être aussi altérée isolément ou
u même temps que le péritoine péri-hépatique. Cette dernière
tération, beaucoup plus commune que les précédentes, consiste
ns une phlegmasie partielle, à la suite de laquelle la séreuse s'é-
aissit, devient blanchâtre, et contracte des adhérences si intimes
vec la capsule propre du foie, qu'on ne peut les détacher l'une de
autre. Il en résulte des taches blanches, opalescentes, qui rap-
ellent les plaques du péricarde. Quelquefois un tissu vasculaire
e nouvelle formation se dessine sous forme d'arborisation et a son
ége dans la tunique séreuse enflammée chroniquement.

On peut suivre l'épaississement de la capsule de Glisson autour
e certains cancers du foie et dans la cirrhose concomitante partielle
u générale. J'ai vu cette double altération chez un malade (obs. 1)

dont le péritoine s'était rempli de sérosité, sans que les veines porte et cave fussent comprimées.

La lésion de la membrane propre du foie et du péritoine a fait croire à quelques auteurs qu'il y avait retrait de la substance hépatique et tendance à la guérison du cancer, si ce n'est même guérison de cette maladie, réputée avec juste raison au-dessus des ressources de l'art. Rien n'autorise à considérer cette opinion comme déduite d'une interprétation rigoureuse des faits. Dans ceux que j'ai observés, les plaques blanches hépatiques m'ont paru tout à fait indépendantes de la syphilis constitutionnelle (voyez sur ce sujet les travaux de MM. Dittrich, *Altération syphilitique du foie, Prag. Vierteljahrs.*, 1850; Gubler, *Mémoire sur l'infiltration plastique du foie, Gazette médicale*, 1852-1854).

Lésions des conduits biliaires. Lorsque le cancer débute par le foie, et qu'il n'altère pas la texture de la vésicule biliaire, les conduits hépatiques échappent pendant longtemps à la maladie. Il n'en est plus de même, quand le cancer a débuté par la vésicule ou par les ganglions mésentériques situés dans le repli gastro-hépatique, près le pylore et dans les ganglions péri-pancréatiques. Dans ces différents cas, dont je possède plusieurs observations, la tumeur ayant envahi, dès le début et de très-bonne heure, un ou plusieurs des trois conduits principaux de la bile, celle-ci reflue et dilate fortement les canaux hépatiques. Ceux de la face inférieure sont agrandis, leurs parois sont distendues et amincies dans quelques points et renferment un mucus puriforme ou verdâtre, bilieux ou transparent.

J'ai souvent étudié l'état des veines porte et hépatique, et je n'y ai trouvé aucune lésion manifeste, excepté dans le cas où le cancer avait pénétré dans les vaisseaux. La phlébite est aussi rare dans le cancer hépatique qu'elle l'est dans la phthisie pulmonaire.

Toutes les autres altérations du foie sont trop connues pour que j'en reproduise l'énumération; j'insisterai seulement sur les particularités suivantes. Dans le cancer primitivement développé au milieu du foie, cet organe reste ordinairement libre d'adhérence avec le diaphragme; mais il change de connexion, sa face supérieure se dirige en avant. Quand il acquiert un grand volume, le développement des ganglions mésentériques, devenus cancéreux, ne tarde pas à lui faire contracter des adhérences avec l'estomac, le pancréas

t le duodénum. Il en est de même, à plus forte raison, lorsque le oie est envahi par un cancer de l'estomac ou qu'il succède à celui ue Lobstein a désigné sous le nom de *rétro-péritonéal;* on voit lors la tumeur se développer d'abord au niveau du repli gastro-épatique, et profondément dans l'épigastre. Cette différence dans mode d'évolution du cancer est un fait clinique de la plus haute nportance, parce qu'il peut mettre sur la voie du diagnostic, et ire reconnaître, même pendant la vie, si le cancer du foie est pri-itif ou consécutif.

Les ganglions mésentériques s'hypertrophient, sans subir la dé-énérescence cancéreuse, dans quelques cas rares (obs. 4); ordinai-ment ils participent de bonne heure à la maladie, et forment les asses rétro-péritonéales que l'on trouve sur la colonne vertébrale, niveau du pancréas. Excepté dans un cas (obs. 11), cet organe ait resté étranger à l'affection organique, et quand il semblait y endre part, une dissection attentive ne tardait pas à montrer e les ganglions ou les tissus voisins en étaient le siége.

L'extension du cancer s'est faite de deux manières différentes ns les 20 cas qui me sont passés sous les yeux : 1° *par conti-uité de tissu*, et alors, entre le cancer du foie et celui de l'es-mac ou du duodénum, j'ai toujours trouvé l'espace intermédiaire cupé par des lésions de même nature ; 2° *par simultanéité de éveloppement*, comme lorsque j'ai rencontré du cancer, d'une rt, dans le foie, et d'autre part, dans un ou deux poumons, dans membranes de l'estomac ou du pylore, dans le pancréas, ns que les tissus placés entre les deux lésions y participassent en cune manière. Ce dernier mode se voit beaucoup plus rarement e le premier. Il semble que le cancer du foie, lié, comme celui s autres parties du corps, à un état diathésique général, n'est uvent que l'effet de l'intensité croissante d'une cause spécifique i a agi d'abord sur un ou plusieurs tissus voisins.

Le péritoine présente fréquemment, sur plusieurs points sou-nt éloignés de l'organe malade, de la rougeur inflammatoire et s fausses membranes. C'est surtout quand l'abdomen contient de sérosité qu'on observe ces traces d'une phlegmasie qui s'est dé-loppée dans les derniers jours ; elle est presque toujours par-lle, à moins qu'il n'ait existé quelque complication.

J'ai toujours examiné avec le plus grand soin la rate, dont les

fonctions probables sont liées à celles du foie ; je l'ai trouvée très-rarement malade, même dans les cas d'ascite et de gêne de la circulation de la veine porte : elle était ordinairement petite et de consistance tout à fait naturelle.

Pour terminer ce qui concerne l'anatomie pathologique, je citera un exemple de mélanose qui pouvait en imposer pour un cance hépatique. Un malade, âgé de 60 ans, qui était entré à l'hôpita Necker pour une hémorrhagie cérébrale légère, mourut après avoi offert quelques signes de maladie du foie, bien différents de ceu qui font soupçonner l'existence du cancer. Le volume du foie étai normal et son tissu plein de granulations miliaires rougeâtres saillantes, arrondies, tranchant par leur couleur sur le tissu jaune le lavage diminuait, mais n'enlevait pas la coloration morbide. Dan le lobe droit, les granulations étaient plus noires et ressemblaient par leur volume et leur couleur, à des grains de raisin de Corinthe que l'on détachait assez facilement par le grattage avec le scalpe L'acide acétique et l'ammoniaque en opéraient presque entièremen la dissolution ; le microscope faisait apercevoir dans la substanc propre du foie une quantité énorme de granulations noires non en cellulées ; quelques cellules hépatiques en contenaient aussi ; null part de cellules ni de noyaux cancéreux. Les cas de ce genre or passé pendant longtemps pour des cancers mélaniques : ils ne res semblent en rien au cancer.

Causes. — La coïncidence dans quatre cas des tubercules pulmo naires à différents degrés de développement avec le cancer du fo prouve, ainsi qu'on l'a amplement établi, que les deux diathèses, loi de se repousser, peuvent très-bien marcher ensemble. Sur quator cas, le cancer, avant de gagner la glande hépatique, avait déjà o cupé les os des deux membres supérieurs une fois, l'œil une foi la glande mammaire une autre fois, etc. Dans ce dernier cas, malade, âgée de 46 ans, et encore réglée, avait été heureus ment délivrée d'un cancer du sein vingt ans avant l'apparition de maladie du foie.

Le sujet le plus jeune n'avait que 21 ans, et le mal était exclus vement limité à la glande biliaire. Un autre homme, âgé de 28 an avait eu un cancer de l'œil à 26 ans ; celui du foie ne s'était dév loppé que deux ans après. On sait que le cancer intestinal se mont

rès-rarement avant trente ans. Deux malades étaient âgés l'un de 6, l'autre de 38 ans; le maximum de fréquence du mal a été de 0 à 50.

On croit trop généralement que l'invasion du cancer est précédée 'une altération notable de la santé et de tous les symptômes d'une achexie qu'il est impossible de rattacher encore à la maladie d'un rgane ou d'un système. Je n'ai rien trouvé de pareil chez les sujets ffectés de cancer primitif du foie; plus de la moitié offraient les pparences d'une excellente constitution, et conservaient même de embonpoint au moment où ils ont été saisis par les premier symtômes du mal. Au lieu de cette teinte anémique, de cette expreson de souffrance si commune dans les diathèses qui préparent explosion d'une maladie locale, et que l'on pourrait s'attendre à encontrer, je n'ai observé que les signes locaux de la maladie lorsu'elle était déjà constituée.

Symptômes. — Ceux qui, par leur importance et leur prompte pparition, méritent d'occuper la première place ont leur siége dans ppareil digestif; ils consistent : 1° dans les nausées, les vomiturions et les vomissements; 2° les troubles de l'appétit et de la soif; le hoquet; 4° la nature et le nombre des selles.

Dès le début, avant toute autre manifestation morbide, et sans u'on puisse encore soupçonner le développement du cancer, les alades ont une ou plusieurs indigestions qui attirent d'autant ieux leur attention qu'habituellement ils digèrent très-bien, xcepté dans le cas où le cancer hépatique est consécutif; nous nous ccuperons plus loin de ce mode de développement. Les vomissenents reviennent ensuite à des intervalles plus ou moins rapprohés; quelquefois ils constituent pendant longtemps le seul signe e la maladie (obs. 3). En général, plus rapprochés au début qu'à fin, ils constituent un symptôme très-pénible pour le malade, qu'il est d'ailleurs fort difficile de faire cesser par le traiteent.

Les matières vomies se composent presque toujours des aliments, es boissons, de mucus gastrique, et souvent aussi de bile verdâtre u jaune, mêlée aux liqueurs précédentes. On pourrait croire, *a riori*, que l'hématémèse ne doit pas être rare dans une maladie ui cause de la gêne dans la circulation de la veine porte intesti-

nale ; cependant une seule fois cette hémorrhagie s'est manifestée et le sujet chez lequel elle existait avait un cancer gastrique.

Les *nausées*, par leur fréquence extrême, leur durée, leur retour incessant lorsqu'on les croyait dissipées, fatiguent beaucoup les malades ; ils s'en plaignent sans cesse, les considèrent comme la cause de l'anorexie, et cherchent à s'en délivrer par tous les moyens possibles. Ils attribuent la nausée, le vomissement et les vomituritions, au goût insupportable qu'ils ont dans la bouche.

Les nausées s'accompagnent ordinairement de vomituritions ; celles-ci reviennent spontanément ou sont provoquées par le goût des boissons, qu'il faut changer sans cesse, ou des aliments, ou enfin par les odeurs les plus agréables ou les plus insignifiantes.

On ne saurait croire, quand on n'a pas porté son attention sur ces trois symptômes et surtout sur les deux premiers, combien ils sont constants, quoique d'une intensité variable, et précieux pour le diagnostic ; on ne saurait les attribuer à la lésion de l'estomac, du pylore ou du duodénum, puisque je les ai trouvés dans le cancer simple et primitif du foie.

La dépravation du goût et l'anorexie se sont présentées à mon observation avec tant de fréquence, et des caractères si distinctifs que je les regarde comme des indices très-sûrs de la maladie cancéreuse à toutes ses périodes. Dès le début, la perte d'appétit est presque complète, et loin de réclamer du médecin des aliments comme dans la plupart des affections, les malades ne les prennent qu'avec une répugnance extrême ou les repoussent complétement. C'est en vain qu'on les change et qu'on imagine des préparations culinaires succulentes ; ils leur trouvent un goût fade, amer, ou plus affreux encore ; ils attribuent cette anorexie aux enduits de la langue, à l'amertume, à la sécheresse qu'ils éprouvent dans la cavité buccale et dans le pharynx, aux matières incessamment vomies. Sans doute ces causes assez nombreuses y prennent une certaine part ; mais souvent la perversion seule du goût, sympathique de la lésion du foie, en est la véritable origine. La sensibilité spéciale de la langue et de l'arrière-bouche se trouve altérée par la maladie. Il est fort possible que le trouble des facultés olfactives participe à la production de ces symptômes ; car des relations sympathiques fort singulières, mais bien démontrées, existent entre le foie et l'organe de l'olfaction. Jamais l'appétit n'est resté conservé.

Le hoquet, phénomène beaucoup plus rare que les précédents, se montre ordinairement qu'à une période avancée ; je l'ai vu iniâtre, fatigant, persister pendant plusieurs jours dans des cas le volume du foie avait pris des proportions considérables.

La *langue*, nette et naturelle, plus souvent chargée d'enits muqueux, blancs, quelquefois jaunâtres, très-acides, n'offre une rougeur à la pointe. Quelquefois les papilles de l'extrémité t saillie, et tranchent, par leur couleur rouge, sur l'enduit blanc jaunâtre environnant. La langue acquiert une sécheresse très-nde vers la fin.

La *soif*, nulle et en général variable au commencement, dent très-vive dans les derniers temps de la maladie. Toutes les ssons dégoûtent, et il faut les changer tous les jours pour plaire malade.

Les *selles* sont, en général, naturelles ou plus rares que dans t de santé. Les matières des évacuations alvines ne s'écartent pas, moins le plus ordinairement, ainsi que je m'en suis assuré, de u'elles sont dans les autres maladies. La bile verte ou jaune les re le plus souvent, à moins de complications; leur teinte blanou grisâtre annonce une lésion concomitante de l'appareil exeur presque à coup sûr. Dans la dernière période, la diarrhée, fréquente, est due aux divers médicaments employés, bien qu'aux progrès de la maladie. Les selles renferment rarement quantité notable de sang; une seule fois, elles étaient noires, lables à celles qui existent dans le cancer de l'intestin, et, en , cette lésion avait envahi l'estomac. Deux autres fois, le sang rutilant, et j'ai lieu de croire qu'il provenait d'hémorrhoïdes nes ou de la partie inférieure du rectum. Ainsi la gêne et l'obtion que l'on a longtemps admises dans les vaisseaux de la veine ventrale, et que j'ai dit être très-rares, ne donnent pas lieu à lement du sang; elles aboutissent plutôt à la formation d'une e ou d'un œdème des membres inférieurs. D'ailleurs j'ai monu'à l'aide d'injections, on acquérait la certitude que l'imperilité du foie au sang était un effet assez rare de l'altération reuse. L'urine, peu abondante, d'un rouge foncé, chargée de res colorantes rouges, de sels qui se précipitent par le refroinent, rarement de mucus, ne m'a jamais offert de traces de dans tous les cas où j'ai recherché ce principe.

Volume du foie. Il ne peut être exactement limité qu'à l'aide la percussion. Il ne faut donc jamais négliger de rechercher, p ce moyen, les dimensions exactes de la glande hépatique; elles so presque toujours accrues, et fournissent ainsi des signes précie pour le diagnostic. Je ne l'ai jamais rencontré plus petit que da l'état normal, même dans les cas où il existait de la cirrhose en les portions cancéreuses. Ordinairement l'augmentation de volu porte sur les deux lobes; mais elle devient plus promptement m nifeste dans le lobe gauche, qui descend alors dans l'épigastre, borde la ligne médiane de 7 à 8 centimètres, et fait une saillie l et arrondie à l'épigastre. On ne saurait imaginer, quand on ne pas vue, la rapidité avec laquelle le foie peut grossir, dans la fo aiguë et rapidement mortelle du cancer. Je rapporterai plus l'observation de deux sujets chez lesquels le foie augmentait cha jour de volume d'une manière assez sensible pour que l'on pût apercevoir au moyen du toucher et de la percussion. En pareil l'épigastre se tuméfie dès le début, et une voussure partant d point ne tarde pas à comprendre l'hypochondre, le flanc, et t la région sus et péri-ombilicale. Je ne connais que le cancer cap de produire aussi vite une pareille déformation. Les bosselur les inégalités de la surface forment des tumeurs qui doivent recherchées avec soin, parce qu'elles constituent un excellent s de cancer; cependant, comme elles manquent souvent, il ne fau s'en exagérer la valeur.

Du reste, nous conseillons au praticien, lorsqu'il ne trouv core aucune augmentation de volume par la palpation, de p ter avec soin et de mesurer les matités sur les lignes mam naire, axillaire et scapulaire (voyez mon travail sur la cirrh il découvrira alors que le foie remonte beaucoup plus haut dans l'état normal lorsque le cancer, au lieu de se développe face inférieure, fait saillie du côté du diaphragme. En même t le côté droit du thorax et l'hypochondre sont moins mobil bombés d'une manière très-sensible, sans qu'il y ait d'adhé entre le foie et le diaphragme. La voussure se manifeste aus partie postérieure droite de la poitrine, au-dessous du scapulu il ne faut jamais négliger de la rechercher; elle était fort pr cée dans deux de mes observations dès le début, et en rappor le siége plus spécial du cancer.

Dans les cas de matité énorme, on trouve une diminutio

able de la vibration thoracique, parce que le poumon est refoulé par le foie, qui prend sa place. Ordinairement il se développe et s'étend du côté de la cavité abdominale; lorsqu'il acquiert de grandes dimensions, il change de rapport, se retourne de manière que sa face supérieure se trouve en contact avec la paroi abdominale, tandis que la face inférieure regarde en arrière et appuie sur la colonne vertébrale, l'estomac et le duodénum.

Douleurs hépatiques. La douleur, dont le siége, l'intensité et la durée, varient singulièrement, n'en constitue pas moins un des meilleurs signes de l'affection cancéreuse; elle a très-rarement manqué dans mes vingt observations. Son *siége* le plus habituel est l'épigastre et la partie de l'hypochondre droit qui se continue avec cette région; vient ensuite la douleur de l'hypochondre droit et des parties postérieures droites de la poitrine. Elle s'est montrée également : *A.* derrière les cartilages sterno-costaux (obs. 3); *B.* au niveau des dernières vertèbres dorsales, et alors presque toujours le cancer avait envahi les ganglions mésentériques; *C.* dans toute l'épaule et le bras droit (obs. 3); *D.* elle s'étendait à gauche, dans deux cas seulement.

Les douleurs hépatiques sont très-souvent spontanées, et chez presque tous provoquées et accrues par la pression; chez d'autres, la marche, et surtout le décubitus latéral gauche, ne manquent pas de l'exciter. La pression opérée en différents points, surtout à l'épigastre, est suivie d'une douleur qui souvent ne serait pas soupçonnée, si on n'avait pas recours à ce genre d'exploration. En appuyant sur la paroi abdominale avec les deux mains, on développe parfois une douleur soit vers les attaches du diaphragme, soit dans l'hypochondre. Sur cinq malades, les mouvements de la respiration provoquaient une douleur profonde, obscure, ou assez forte pour gêner le jeu des puissances inspiratrices; dans un de ces cas, j'ai senti avec la main un frottement lointain qui était dû à une péritonite sus-hépatique partielle.

L'intensité de la douleur hépatique est fort variable; il ne faut pas s'attendre à la trouver toujours lancinante, comme on l'a dit. Cependant elle était telle dans quatre cas, et semblable à un tortillement violent; dans deux autres, obscure, sourde, et augmentant à la pression dans presque tous.

Le caractère le plus constant, et que je signale à l'attention, est

l'accroissement de la douleur lorsqu'elle est continue, ou sa manifes tation franchement intermittente à certaines heures, et spécialemen le soir, ou pendant la nuit lorsque la fièvre redouble, etque le pa roxysme exacerbant ou intermittent des symptômes se développe.

Ictère. Symptôme très-variable et très-incertain du cancer hé patique, la coloration jaune de la peau manque presque aussi sou vent qu'elle existe. Il faut la distinguer de la teinte anémique, qui s voit plus souvent qu'elle. L'ictère est rarement initial; il se montr d'ordinaire à une époque avancée de la maladie, et dans tous le cas après les douleurs et le trouble de la digestion. Dans les di observations rapportées par M. Andral (*Clinique*, p. 497, t. II) l'ictère existait six fois.

Heyfelder (*Cancer du foie,* in *Arch. gén. de méd.*, p. 443; 183 et M. Cruveilhier attribuent ce symptôme à la compression d conduits biliaires par les tumeurs cancéreuses. Cette cause est i contestable dans les cancers qui se développent sur le trajet d canaux hépatique, cystique et cholédoque; mais il n'en est pl de même quand la lésion ne fait que se montrer dans le voisina des canicules hépatiques, à l'intérieur du foie. Rien alors n'est pl variable que l'ictère. Il paraît se lier, dans ce cas, à un simp trouble de la sécrétion biliaire, et non à la gêne mécanique que bile éprouve dans sa circulation. D'ailleurs l'anatomie nous appre que les canalicules biliaires communiquent très-facilement entre e et que la dilatation qu'ils devraient présenter, s'ils étaient co primés, est un fait assez rare. Pourquoi l'ictère ne tiendrait-il p à un simple trouble de la fonction sécrétoire, puisque nous voyo qu'il en est ainsi dans l'hyperémie, l'hémorrhagie et la phlegma du foie? Il est rare au contraire dans la cirrhose, où l'induration considérable.

La sympathie que les auteurs ont dit exister entre le foie et peau ne s'est révélée par aucun symptôme particulier dans vingt cas. Aucune éruption cutanée n'a eu lieu; on ne peut co sidérer comme un phénomène de ce genre les ecchymoses, dont cause doit être cherchée ailleurs.

Trouble de la circulation. Après les symptômes locaux de l' fection cancéreuse, je n'en connais pas de meilleurs que ceux sont fournis par la circulation générale. La maladie n'est point compagnée de fièvre à son début ni pendant sa première pério

mais il est extrêmement rare que, dans le cours de l'affection, on ne finisse pas, en observant bien, par découvrir un mouvement fébrile soit continu et exacerbant, soit intermittent. Voici les différentes formes que présente cette fièvre symptomatique : ordinairement, le soir ou pendant la nuit, le malade éprouve de la céphalalgie, du malaise, une chaleur générale précédée ou non de frisson court, erratique, léger, ou d'un refroidissement à peine sensible, s'il est au lit ; la peau reste chaude la plus grande partie de la nuit, et un peu de sueur ou de moiteur se déclare le matin. Ces accès fébriles ont lieu tous les jours une fois, plus rarement deux fois ; ils sont exacerbants et entés sur une fièvre continue, tantôt légère, tantôt intense. Le pouls est à 84, 100, 112. J'ai vu, pendant dix jours, chez une malade, la fièvre offrir tous les caractères de l'intermittence avec les trois stades de frisson, chaleur et sueur.

Il faut, pour constater le mouvement fébrile, interroger spécialement les malades sur ce point, ou, mieux encore, les visiter dans la soirée. Du reste le malaise et les douleurs qu'ils éprouvent le soir, le gonflement du ventre, la moiteur ou la sueur que l'on trouve à la peau le matin, témoignent positivement de l'accroissement des symptômes fébriles à certaines heures. En lisant avec quelque attention les faits de cancers publiés par les auteurs, on trouve indiquée, quoique vaguement, la fièvre rémittente comme symptôme du mal.

Le caractère du pouls est très-variable ; ordinairement peu développé et faible, il prend plus de résistance au moment des accès fébriles. On serait fort embarrassé d'expliquer les exacerbations fébriles qu'occasionne le cancer du foie. La phlegmasie, la congestion, la suppuration, le cancer de cet organe, s'accompagnent de même mouvement fébrile ; cette diversité de lésion porte à croire que c'est à la fonction de l'organe, bien plus qu'à la nature même des désordres, qu'il faut rapporter le type de la fièvre.

La *respiration*, libre et normale dans la majorité des cas, offre une accélération marquée : 1° lorsque la tumeur hépatique prend un grand volume et gêne les mouvements du diaphragme, 2° lorsqu'il s'établit une péritonite diaphragmatique et des adhérences intimes entre celui-ci et le foie. C'est dans les cas de ce genre qu'il se produit un bruit de craquement, qui est dû au frottement des fausses membranes ; un malade avait la sensation de ce frottement. L'auscultation permet, quoique moins exactement que la percussion, de poser la limite supérieure du foie. Quelques au-

teurs ont prétendu que des rhonchus sous-crépitants se faisaient entendre à la base du poumon droit; en admettant que ce bruit soit plus fréquent dans cette affection que dans d'autres, ce que je nie formellement, il ne doit être considéré que comme un épiphénomène variable, de nulle valeur, qui ne survient qu'à la fin de l'affection cancéreuse, et de toutes les maladies du foie et même des autres organes.

La dyspnée marque ordinairement un degré avancé du cancer, cependant je l'ai vue, sur deux sujets, se montrer sous forme d'attaques nocturnes, et l'autopsie n'a révélé aucune altération spéciale. Le plus ordinairement, elle annonce quelque complication pectorale survenue dans la période ultime du mal.

Hémorrhagies. J'ai cherché à établir, dans un travail sur les hémorrhagies produites par les maladies du foie, que l'altération profonde que subit l'hématose, quand cet organe est lésé, suffit pour amener un écoulement sanguin par différentes voies. C'est ainsi que j'ai eu occasion de voir, dans un cas de cancer aigu, les jambes présenter de petites pétéchies; M. Andral les a également observées sur un malade dont il rapporte l'histoire (*Clin. méd.* p. 511). Ordinairement c'est par le nez ou par les gencives que s'fait un suintement sanguin peu abondant, qui ne se reproduit que cinq ou six fois au plus.

Je ne ferai maintenant que signaler les symptômes suivants dont la valeur est moindre: sous le nom de teinte cachectique, on désigne souvent la teinte pâle anémique qui se répand insensiblement sur tout le tégument externe des cancéreux, longtemps avant que des symptômes bien déterminés indiquent l'organe affecté. Le visage conserve son expression naturelle; l'intelligence, le sommeil, l'embonpoint, restent intacts jusqu'à une époque assez avancée du cancer. Alors la figure se grippe, s'altère; souvent l'amaigrissement se fait rapidement et arrive à un degré extrême. Dans la forme aiguë du cancer, le malade, qui se voit mourir et jouit de la plénitude de son intelligence, est pris de jactitations, de douleurs vives au foie, de dyspnée, et meurt subitement.

Ascite et œdème des membres inférieurs. Considérée, dès les temps les plus anciens, par l'école d'Alexandrie, par Érasistrate, par Galien, comme le meilleur signe des engorgements du foie, l'hydropisie se montre en effet dans un grand nombre de cancers hépatiques, sans qu'on puisse indiquer la cause qui la provoque

ans tous les cas. Sans doute l'idée d'un obstacle mécanique à la bre circulation du sang dans la veine porte hépatique, et par suite ans la ventrale, a dû s'offrir naturellement à l'esprit des obser- teurs ; telle est la cause à laquelle on aime à rapporter l'ascite. ependant le doute est permis, du moins dans un certain nombre cas : je possède plusieurs faits, qui sont d'ailleurs en tout sem- ables à ceux que d'autres auteurs ont recueillis, dans lesquels le ncer était si volumineux, et situé de telle manière, qu'il était possible de ne pas croire à la compression des vaisseaux, et cepen- nt aucune hydropisie n'a paru ; dans d'autres, où les cancers aient plus petits et disséminés dans le parenchyme hépatique, ydropisie n'en a pas moins pris naissance. On est donc contraint supposer que l'épanchement séreux ne reconnaît pas toujours ur cause unique la compression des vaisseaux. M. Cruveilhier l'at- bue à l'irritation du péritoine, et je crois qu'en effet l'irrita- n sécrétoire de cette membrane en est l'origine, dans un certain mbre de cas seulement; dans d'autres, dont j'ai cité quelques exem- s, le retrait de la substance hépatique, la cirrhose, excitent la oduction de l'hydropisie. Je crois enfin que la dégénérescence aisseuse, plus commune qu'on ne l'a supposé jusqu'à ce jour, doit ener un certain nombre d'ascites. Je ne suis pas éloigné d'attri- er aussi à l'altération du sang une certaine part dans la produc- n de cette hydropisie ; elle cause bien les épistaxis et d'autres norrhagies.

L'ascite ne se montre ordinairement qu'assez tard et lorsque le ume du foie est sensiblement accru; elle paraît de très-bonne re et avant tous les autres symptômes, les troubles gastriques eptés, chez les malades atteints du cancer rétro-péritonéal que écrirai plus loin. Les masses du tissu hétérologue, qui envahis- t le mésentère d'abord et ne s'étendent que consécutivement en nt dans le foie, restent souvent latentes jusqu'au moment où elles ignent les branches principales de la veine porte; c'est alors que aît la collection séreuse du péritoine. Au contraire, dans le cancer mitif du foie, tous les symptômes de cette affection précèdent cite.

'œdème des membres inférieurs, qui suit ordinairement l'hydro- tonie, n'est pas un signe de cancer hépatique, ou du moins, s'il re parmi ses symptômes, c'est parce que le cancer a envahi les glions mésentériques, le repli gastro-hépatique, et que la tu-

meur plus ou moins considérable formée de ces éléments divc comprime la veine cave inférieure. Cette situation particulière cancer est donc assez bien indiquée par le développement de de hydropisies. L'ascite, en pareil cas, est précédée du développeme d'une circulation supplémentaire, qu'il ne faut jamais négliger rechercher; les vaisseaux les plus ténus de la paroi du ventre et branches principales des veines se dilatent de bonne heure.

Marche, durée, terminaison. — On regarde trop généralem le cancer hépatique comme une affection essentiellement chroniqu les faits que j'ai observés en donnent une tout autre idée. Il suf de les parcourir pour se convaincre que le mal affecte deux m nières d'être différentes : tantôt il marche comme une affecti aiguë, tantôt comme une lésion chronique. Les cas du prem genre sont même plus communs que les seconds. J'ai vu une m lade succomber au 20e jour, à partir du début ; d'autres, au 50e au 60e jour. Je rapporterai un cas de ce genre, parce qu'il offre tableau complet du cancer hépatique et des principales circonstan qui caractérisent la marche et l'évolution des symptômes.

Observation de cancer primitif du foie à marche aiguë. — Une fem âgée de 36 ans (Riboul.), bien réglée, d'une constitution robuste et ath tique, éprouve une forte émotion morale dont elle se remet diffici ment. De retour à Paris, elle reprend sa profession de domestique, tombe malade dix jours seulement avant son entrée à l'hôpital Neck qui eut lieu le 7 mars 1854. Il est impossible de faire remonter la m ladie au delà de cette époque.

Elle éprouve d'abord tous les soirs, vers trois heures, un accès fièvre marqué par du frisson, de la chaleur et de la sueur, qui continu pendant la nuit. Elle perd entièrement l'appétit et sent des tortilleme douloureux au creux de l'estomac; la marche et la pression les au mentent. Elle ne cesse cependant de travailler jusqu'à son entré l'hôpital.

Le 7 mars. Embonpoint prononcé, coloration rouge du visage; aucu fièvre dans la soirée. Au moment de la visite, pouls à 84; décubitus fo sur le côté droit, tout autre amène une forte douleur; tuméfaction l'épigastre et de l'hypochondre droit, où l'on sent une tumeur et où manifeste une douleur vive que la pression augmente; peau chau inondée de sueurs, sans la moindre coloration jaune; céphalalgie nul le visage exprime la souffrance; l'intelligence est développée; lang blanche, chargée d'un enduit épais ; soif vive, perte absolue de l'app tit, selles naturelles. Le foie, mesuré, présente une augmentation d considérable de volume (sur la ligne médiane, 17 centimètres ; m melon, 22). — Limonade ; saignée de 4 palettes.

Le 8. La journée a été meilleure, moins d'anxiété; la douleur hépatique n'a que faiblement diminué à l'épigastre; elle enchaîne les mouvements du thorax, s'étend à l'épaule droite et dans le bras droit, où se sont montrés des mouvements convulsifs occupant les doigts de la main et les muscles de l'avant-bras. Même état des organes digestifs; soif toujours vive, vomituritions; peau chaude et moite pendant la nuit; urine sédimenteuse, sans matière colorante; épistaxis; syncope après la saignée, dont le caillot n'offre aucun rudiment de couenne. — Eau de Sedlitz, bouillon.

Le 9, dans la soirée, frisson léger suivi de chaleur et de sueurs; douleur dans l'épaule; pouls, 92; 40 respirat.

Les jours suivants, jusqu'au 12 mars, on observe, pendant le jour, un mouvement fébrile faible, redoublant pendant la nuit (104 à 120), suivi tantôt de moiteur, tantôt d'une forte sueur; respiration accélérée (28 à 32), bouche mauvaise, appétit nul, soif vive; les douleurs hépatiques s'accroissent et gagnent tout le ventre, l'épaule droite; les vomissements sont fréquents. Ce qui frappe surtout, dans l'évolution de la maladie, c'est la rapidité avec laquelle le volume du foie s'accroît chaque jour : on le trouve dans l'hypochondre gauche et vers l'épine iliaque droite; sa surface est inégale, bosselée. On entend quelques râles muqueux sous-crépitants à la base des deux poumons, du droit particulièrement, qui est refoulé vers la cavité pectorale. La matière des selles provoquées par les purgatifs est fortement colorée par une bile jaune, qui paraît s'écouler librement par ses canaux propres.

Dans les trois derniers jours seulement de la vie, les sclérotiques se colorent très-faiblement en jaune; toute la peau offre en outre la teinte hémique; un peu de liquide s'épanche dans la cavité du ventre, les pieds et le bas de la jambe deviennent œdémateux; on voit des ecchymoses petites, peu nombreuses, sur les jambes; le visage s'altère, exprime la crainte, l'anxiété; jactitation causée par la dyspnée et le sentiment d'une fin prochaine, qui s'accomplit au milieu de l'intégrité la plus parfaite de l'intelligence (15 mars).

A l'*autopsie*, on trouve de la sérosité et des traces de péritonite récente dans la cavité du péritoine. Le foie, énorme, remplissant tout le ventre, bosselé, défiguré; sa substance propre dégénérée, jaunâtre, réduite à peu de chose par la présence de la matière encéphaloïde, crue disséminée partout; ailleurs plusieurs apoplexies hépatiques de petite dimension. Les conduits biliaires et les vaisseaux sanguins du foie exempts de toute altération, ainsi que les ganglions, le pancréas, l'estomac et les intestins; rate triplée de volume, son tissu normal.

Il est impossible de rencontrer un cas de cancer hépatique plus simple, plus aigu, mieux limité, et dont les symptômes soient plus caractéristiques. On peut le considérer comme un type parfait de maladie, lorsqu'elle est dégagée de toute complication et qu'elle ne dépasse pas les limites de l'appareil biliaire. Il faut reconnaître

que les cas de ce genre ne sont pas communs : presque toujours la souffrance d'un organe voisin vient troubler la marche du cancer hépatique.

Du cancer du foie consécutif. Le plus ordinairement, le foie n'est envahi que consécutivement par le cancer, développé d'abord dans l'estomac et les ganglions mésentériques ou le duodénum. La marche des accidents est toute différente, et il importe d'en prendre une idée exacte, si l'on veut arriver à un diagnostic qui n'est pas sans difficulté. Le cancer du foie marche avec promptitude et cause rapidement la mort des sujets, tandis que celui de l'estomac le laisse vivre assez longtemps. Je crois, d'après mes propres observations, que quand la matière cancéreuse est déposée en quantité notable dans le tissu hépatique, la mort ne tarde pas à survenir.

Dans le cancer du foie qui se développe après celui de l'estomac on distingue deux périodes et deux ordres distincts de symptômes. Les phénomènes gastriques se manifestent d'abord, et consistent en troubles variés de la digestion : gêne, douleur épigastrique, gonflement du ventre après le repas ; nausées, vomituritions ; vomissements des aliments, quelquefois de matières noires. Si la tumeur cancéreuse devient manifeste, le diagnostic ne peut plus être douteux.

Dans la seconde période, le mal a envahi le tissu du foie, et avant même que l'organe ait sensiblement augmenté de volume, on peut reconnaître la propagation du mal aux symptômes suivants : frissons légers, erratiques, suivis d'un peu de chaleur nocturne, d'accélération du pouls ; douleurs sourdes ou vives dans l'hypochondre, coloration jaune légère des sclérotiques et bientôt intense de toute la peau ; urines épaisses, sédimenteuses, d'un jaune rougeâtre ; gonflement du ventre, d'abord par des gaz, puis par le liquide séreux qui commence à s'y épancher, d'une manière obscure d'abord, et très-marquée plus tard. En observant bien le malade, il est rare qu'on ne constate pas l'existence d'un mouvement fébrile exacerbant avec ou sans sueur, des épistaxis de quelques gouttes et plus ou moins répétées. D'ailleurs, à cette époque, le foie acquiert un volume insolite dans son lobe gauche surtout, et la tumeur que forme celui-ci ne tarde pas à se confondre avec celle qui a son siége dans l'estomac ou le duodénum ; l'ictère, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs, viennent, par leur intensité croissante

outer à la valeur diagnostique des premiers symptômes, et témoi-
ner en faveur de la propagation du cancer au tissu hépatique.

Un autre mode d'invasion qui amène des changements essentiels
ns la symptomatologie doit être signalé à l'attention des méde-
ns. Le cancer a une très-grande tendance à se montrer dans les
andes lymphatiques du mésentère qui entourent l'hiatus de Wins-
v, le pancréas, et les vaisseaux qui se rendent de l'intestin au foie.
n peut même dire que c'est là le siége d'élection du cancer abdomi-
l ; lorsqu'on fait une dissection minutieuse des altérations, on
it que les cancers du pancréas, et même de l'extrémité pylorique
l'estomac et du duodénum, affectent presque exclusivement d'a-
rd les glandes lymphatiques. Quel que soit le point de départ de
production hétérologue, il arrive un moment où elle forme une
meur que Lobstein a désignée sous le nom de cancer rétro-péri-
néal, et qui devient très-manifeste dans la région épigastrique
hypochondriaque droite.

Les symptômes qui précèdent le développement de la tumeur ou
tôt l'apparition des signes qui révèlent l'existence de cette tu-
ur sont à peu près les mêmes que ceux que j'ai signalés plus
ut. On observe d'abord des douleurs à l'épigastre ou plus pro-
ndément dans le dos et les lombes ; elles s'accompagnent de trou-
s de la digestion. On ne découvre d'abord aucune tumeur soit
la percussion, soit à l'aide de la palpation ; cependant une teinte
ictérique, légère d'abord, puis intense, des nausées, des vo-
ssements, un dégoût marqué pour tous les aliments, apparaissent.
le volume du foie, qu'on doit mesurer avec une rigueur extrême,
pas augmenté, et si l'ictère est devenu intense et général, on
t croire que le cancer s'est étendu au repli gastro-hépatique,
qu'il comprime la vésicule du fiel ou les conduits cholédoque et
tique. Suivant que la tumeur rétro-péritonéale comprend exclu-
ement la veine cave inférieure ou la veine porte, on voit se déve-
per l'œdème des membres inférieurs ou l'ascite. L'apparition
ultanée de ces deux hydropisies et d'une douleur profonde dor-
e ou lombaire permet d'établir assez exactement le véritable
nt de départ du cancer rétro-péritonéal ; cependant il faut avoir
isté dès le début à l'évolution de tous les symptômes, avoir suivi
s-exactement toutes leurs phases, pour arriver à un diagnostic
eu près certain. Les effets mécaniques de la tumeur sont l'ic-
e, l'œdème des membres inférieurs, et l'ascite. Il faut remar-

quer que les mêmes symptômes peuvent dépendre d'un simpl trouble fonctionnel. L'ictère n'est souvent qu'un trouble de genre, dont on chercherait inutilement la cause dans un obstac à la circulation de la bile pour en expliquer la production ; l'asci elle-même peut dépendre d'une autre cause; quant à l'œdème, paraît difficile de le rattacher à une simple lésion de fonction.

Ainsi donc les symptômes qui indiquent sûrement que le canc est arrivé au foie sont le mouvement fébrile exacerbant ou inte mittent, le redoublement des douleurs, de la céphalalgie, la sue et la chaleur nocturne, enfin l'épistaxis, lors même qu'elle serait que de quelques gouttes. Je vais citer un exemple de cet forme de cancer rétro-péritonéal consécutif.

Obs. II. — *Cancer simple des glandes mésentériques.* — Lep... (Désir âgé de 41 ans, mécanicien, d'une santé excellente, ne fut pris des pr miers signes de l'affection cancéreuse que six semaines avant son enti à l'hôpital Necker (17 juillet 1854). Sa santé, bonne jusque-là, ne troublée que par des douleurs sourdes occupant l'épigastre et ne gêna en aucune manière le travail de la digestion; cependant la teinte pâl anémique, et l'émaciation avancée, attestaient l'existence de la cache cancéreuse, sans qu'on pût encore lui assigner un point de départ.

Sans suivre jour par jour les symptômes observés, je ferai remarqu que la douleur et le développement d'une tumeur très-considérabl l'épigastre indiquèrent de bonne heure le siége de la maladie; successivement l'on vit paraître l'anorexie, des vomissements et coliques si violentes, qu'elles arrêtaient la respiration et arrachai des cris au malade. Cependant la tumeur prenait chaque jour un volu plus considérable; elle avait le volume de la tête d'un fœtus à tern et lorsque le malade mourut, il n'avait jamais présenté d'ictère, d dème des membres inférieurs, ni d'ascite (mort le 2 septembre).

A l'*autopsie*, on trouva une énorme masse cancéreuse, qui compren le pancréas, sain du reste, les glandes du mésentère, une grande pa des trois membranes de l'estomac ; la vésicule du fiel était vide, e foie ne renfermait pas de cancer. On conçoit difficilement que la ve porte intestinale et hépatique, et que la veine cave inférieure, n'ai pas subi de compression à côté d'une pareille tumeur.

Obs. III. — *Cancer du foie consécutif à des tumeurs rétro-péri néales.* — Une femme âgée de 38 ans, blanchisseuse et d'une fo constitution, entre, le 27 février 1850, à l'hôpital Bon-Secours. digestions gastriques sont fortement troublées depuis quatre m Actuellement sensibilité épigastrique, vomissements de matières lieuses et alimentaires, quelquefois douze heures après le repas ; lan blanche, goût amer, anorexie, vomissements de matière noire, et se formées de temps à autre par les mêmes matières.

Dix jours après son entrée, la douleur gastrique se prolonge dans ypochondre droit, et la percussion ne laisse aucun doute sur l'ac- issement de volume du foie ; la voussure de l'hypochondre sur les és et en arrière est très-manifeste. Plus tard les douleurs hépatiques transmettent dans la région dorsale et lombaire, augmentent la nuit, s'accompagnent d'un mouvement fébrile très-intense, encore évident matin, au moment de la visite (p. 116). Ces derniers symptômes me tent à croire que le cancer de l'estomac s'est propagé jusqu'au foie. Cependant la tumeur, après avoir envahi l'épigastre, l'hypochondre it et une partie de la fosse iliaque du même côté, s'étendit du côté la colonne vertébrale, car on vit paraître de l'œdème aux membres rieurs, plus tard une ascite qui fit de rapides progrès. Le réseau culaire de la paroi du ventre devint le siége d'une dilatation très- able, destinée à suppléer à l'oblitération des veines intestinales, onstitua un signe diagnostique de plus.

partir de cette époque, le mal fit des progrès rapides ; la peau offrit teinte jaune, et l'urine reçut également une quantité notable de ière colorante de la bile. Le visage prit une expression de souf- nce extrême; les traits étaient amincis, contractés; l'intelligence e ; la respiration anxieuse, saccadée, plaintive. La malade expira s agonie, avec sa pleine connaissance, le 28 mars, c'est-à-dire un s après son entrée à l'hôpital.

i l'on remarque que la tumeur cancéreuse rétro-péritonéale n'était encore manifeste à l'époque de l'entrée de la malade, et que bientôt s'étendit au foie et finit par remplir presque la cavité entière de domen, on verra, dans l'observation que je viens de citer, un cas cancer qui a marché avec une promptitude extrême, s'attaquant tour ur à l'estomac et au foie.

Autopsie. Une masse encéphaloïde considérable réunit le pancréas, ganglions mésentériques, et l'estomac, dont la face interne présente vaste champignon cancéreux ramolli. Le foie, pesant environ 4 ki- rammes, a contracté des adhérences avec tous les organes environ- ts ; il est plein de masses encéphaloïdes. Le péritoine est enflammé ; iquide ascitique moins abondant, ce qui s'explique par le déve- pement d'une inflammation ultime. Les poumons renferment plu- urs noyaux de cancer encéphaloïde.

A côté de ces cas de cancers hépatiques, consécutifs et rapidement eloppés, il en est d'autres dans lesquels le travail morbide pro- e moins énergiquement. On rencontre dans la pratique civile, s encore que dans les hôpitaux, des malades dont les digestions t ordinairement lentes et difficiles, et dont l'estomac est entouré tumeurs souvent assez volumineuses ; malgré leur état valétudi- re, ces sujets vivent longtemps, sans que les tumeurs fassent de grès bien sensibles. On ne doit pas porter un pronostic fâcheux

lorsqu'après plusieurs mois d'étude on s'est assuré que la malad est stationnaire ; toutefois il arrive un moment où, sans cause co nue, le cancer s'étend à l'estomac et au foie.

Dans le cours des études auxquelles je me livre depuis quelqu années, je n'ai pas rencontré un seul cas de cancer bien avéré q ne se soit terminé par la mort. J'ai peine à comprendre comme quelques médecins allemands ont regardé la guérison du canc comme possible et même comme n'étant pas très-rare ; la difficul du diagnostic peut seule servir à expliquer une pareille croyanc Les cancéreux meurent ordinairement par le fait seul de l'extension la maladie à l'organe hépatique et aux tissus circonvoisins ; leur mo est pleine de douleur et d'anxiété, car l'intégrité parfaite de l'int ligence et des principales fonctions leur permet d'entrevoir tou la gravité de leur mal. Ils meurent par l'excès de douleur, qu ques-uns par inanition; un très-petit nombre par un accident i tercurrent, tel que l'hémorrhagie des gros vaisseaux du ventre la pénétration du cancer dans les veines. La péritonite est, il vrai, une lésion fréquente; mais, outre qu'elle est souvent tr limitée, elle ne survient que comme maladie ultime.

Diagnostic. — Doit être réputé atteint de cancer hépatique malade qui, sans affection antécédente de l'estomac, a la bouc amère, pâteuse, un goût horrible, la langue sale et chargée, perd l'appétit complétement, ne digère qu'avec peine, et finit vomir; chez lequel les nausées, les vomituritions et le dégoût, s persistants; chez lequel on observe des douleurs siégeant dans point quelconque des nombreuses régions occupées par le foie, de plus, dans l'épaule droite, le dos et même les lombes ; chez leq le foie acquiert des dimensions anormales qu'on peut constater sément par la percussion. On ne peut qu'être confirmé dans ce gnostic, si l'on trouve une tumeur inégale, bosselée, correspond au foie, dont le développement s'accompagne de douleurs viv revenant le soir, la nuit, avec anxiété, gêne de la respiration l'on voit paraître un ictère durable, de l'ascite, et de l'œdème membres inférieurs ; si la fièvre avec redoublement et sueurs pend la nuit se manifeste, si le malade jette quelques gouttes de sa par le nez ; si une notable exacerbation se fait apercevoir dans symptômes, telles que la fièvre, la céphalalgie (cette exacerbat ayant lieu vers la fin du jour ou la nuit); si, au milieu des souffra

qu'éprouve le malade, il conserve assez longtemps l'expression naturelle de la face, un certain embonpoint, et l'intelligence jusqu'à la fin.

Dans l'*hypertrophie hépatique simple*, on ne trouve presque aucun des symptômes propres au cancer : troubles faibles ou nuls de la digestion; point d'ictère, d'ascite, d'œdème ni de fièvre. Quand le foie acquiert un grand volume et qu'il renferme des kystes hydatiques ou simples, la marche de la maladie est si lente, qu'on ne saurait lui comparer celle du cancer.

La *cirrhose* offrirait plus d'un symptôme analogue, si l'on n'avait pas assisté au début de l'affection; l'épanchement de la sérosité en est le premier et le seul signe pendant longtemps. Les malades conservent de l'appétit et digèrent assez bien; l'ictère ne se montre que rarement et à la fin de la maladie. D'ailleurs la percussion, pratiquée de bonne heure, ne fait reconnaître aucun changement de volume; les sujets n'éprouvent pas les douleurs que l'on observe, à différents degrés, dans le cancer; enfin la durée si longue de la cirrhose ne ressemble pas à celle de cette dernière affection.

La *cholécystite* et les *concrétions biliaires* ne pourraient simuler que pour un temps court le cancer hépatique. Dans la première, la douleur est limitée à la vésicule, sans augmentation de volume du foie, sans trouble marqué de la digestion; elle donne lieu presque immédiatement à l'ictère, parce que la présence des calculs dans les conduits d'excrétion en est la cause presque constante. Les concrétions biliaires excitent des douleurs vives et paroxystiques, des vomissements et l'ictère; puis, après un temps très-court, les malades reviennent à la santé, sans avoir offert de mouvement fébrile. Dans le cancer, tous les accidents affectent une marche aiguë, persistent pendant plusieurs semaines, s'accompagnant de fièvre et de trouble marqué de la digestion; tout l'organe acquiert un volume anormal.

Cancer de l'estomac. Ce ne sont pas les maladies du foie qui simulent le plus le cancer; les productions organiques de l'estomac, du duodénum, du mésentère, s'en rapprochent par plus d'un symptôme. Supposons l'existence d'un cancer de l'estomac ou du duodénum sans tumeur : le malade digère mal, a des douleurs au creux de l'estomac, vers le foie; il vomit des matières muqueuses, des aliments ou de la bile, souvent des matières noires composées de sang altéré; mais il n'a pas cette anorexie insurmontable des

cancéreux, point de ces douleurs s'irradiant dans tout le côté droit et dans le dos. Il maigrit avec une promptitude extrême; sur son visage, se dessine le sillon naso-labial, qui ne manque pas de valeur et qu'on ne retrouve pas dans le cancer du foie. Que le praticien tienne compte surtout de la marche et de la durée des symptômes, et la difficulté diagnostique sera bien vite aplanie. En effet, le cancer gastrique, maladie essentiellement longue, avec ses améliorations et ses rechutes fréquentes, ne ressemble pas à la lésion hépatique, qui s'avance d'un pas variable, mais toujours continu et souvent rapide, vers une terminaison funeste. Dans le cancer hépatique, la marche aiguë du mal, la fièvre continue ou exacerbante, la violence des douleurs, servent de caractères essentiels; les vomissements s'y montrent à de rares intervalles et sont purement sympathiques. Dans le cancer de l'estomac, point de fièvre; douleurs faibles, nulles, ou provoquées par la digestion seulement; tandis que dans celui du foie, elles s'exaspèrent d'une façon intermittente sans cause appréciable. L'ictère, l'ascite, et l'œdème des membres inférieurs, ne se montrent pas chez les sujets dont l'estomac ou le duodénum seuls sont cancéreux, ou bien alors ils servent à marquer l'extension du mal au mésentère.

Cancer rétro-péritonéal. On est plus embarrassé, quand il s'agit de décider si la tumeur que l'on sent à l'épigastre a sa racine dans les ganglions du mésentère ou dans le foie. Ordinairement le cancer rétro-péritonéal s'annonce de bonne heure par une douleur sourde dans le ventre, au creux épigastrique ou dans le dos, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales, par une tumeur située profondément, et qui, d'abord peu distincte, se dessine plus nettement à mesure qu'elle avance vers la paroi antérieure du ventre par l'ictère et l'ascite, lorsqu'elle comprend le repli gastro-hépatique; et si à ces symptômes viennent s'ajouter la fièvre, l'hémorrhagie nasale, le profond dégoût pour les aliments, l'ictère, etc. c'est que le cancer a envahi la glande biliaire.

Je dois insister sur les signes diagnostiques de ces différentes maladies, parce qu'elles sont pour le médecin, même le plus consommé dans son art, une source de continuelles perplexités. L'incertitude du diagnostic influe peu, il est vrai, sur le pronostic et sur le traitement, qui sont à peu près les mêmes dans tous les cas; cependant, comme il importe toujours d'arriver, dans un but scientifique, à une précision qui peut avoir dans l'avenir des résultat

favorables, on ne saurait trop engager les observateurs à examiner attentivement les symptômes et leur mode d'enchaînement, surtout quand il s'agit d'une affection obscure et encore mal déterminée.

Traitement.— Je ne dirais rien du traitement, qui est complétement inefficace, si je ne croyais pas que certaines médications peuvent accélérer la marche du mal, et doivent être soigneusement évitées; je citerai particulièrement les déplétions sanguines, auxquelles j'ai eu recours plusieurs fois, dans le but sinon d'arrêter, du moins de ralentir, la marche du mal. Cet espoir a été déçu; il m'a semblé que l'affaiblissement dans lequel tombent les malades est nuisible, et, dans tous les cas, je n'ai pas vu résulter de ce traitement la moindre diminution dans les phénomènes morbides. Du reste, les saignées sont très-mal supportées par les malades, et on est obligé d'y renoncer très-promptement.

J'ai tenté, dans plusieurs cas, l'usage des mercuriaux à l'intérieur, sous forme de calomélas, seul ou associé au savon, à l'extrait de ciguë, et à l'extérieur en frictions, uni à l'extrait de belladone; je n'ai remarqué aucun effet bien sensible après l'emploi de ces médicaments.

Lorsque le ventre se remplit promptement d'une grande quantité de sérosité, doit-on recourir de bonne heure à la ponction du ventre? Je crois cette opération plus nuisible qu'utile; elle ne peut qu'accélérer la mort des sujets, et n'apporte qu'un soulagement très-passager aux souffrances des malades. Plus encore, s'il est possible, que tous les autres cancers des organes, celui du foie ne laisse aucun espoir de guérison, et si le diagnostic a été bien porté, l'arrêt fatal prononcé par le médecin s'accomplira tôt ou tard.

147
79
228